√

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
им. В. М. БЕХТЕРЕВА

На правах рукописи
УДК 616.891-13-053.7 (470.11)
Для служебного пользования

Экз. № 000023 ⁂

СИДОРОВ
Павел Иванович

ПАТОКИНЕЗ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ И ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

Специальность: 14.00.18 — Психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Ленинград — 1986

Ск

Работа выполнена в Архангельском ордена Трудового Красного Знамени государственном медицинском институте.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **И. В. Бокий**
доктор медицинских наук, профессор **Ф. И. Случевский**
доктор медицинских наук, профессор **В. К. Смирнов**

Ведущее учреждение — Всесоюзный ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Защита диссертации состоится « » 198 года в 14.00 часов на заседании Специализированного Совета по защите докторских диссертаций (Д0 84.13.01) при Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (193019, г. Ленинград, ул. Бехтерева, 3). С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан « » 198 г.

Ученый секретарь
Специализированного Совета
старший научный сотрудник **О. Ф. Ерышев**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Алкоголизм в настоящее время — одна из наиболее актуальных и острых медико-социальных проблем. Борьба с вредными привычками как важнейший компонент мероприятий по воспитанию советского народа в духе коммунистической морали предусмотрена программой КПСС новой редакции, решениями XXVII съезда партии. В постановлении ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» (1985) подчеркнута необходимость разработки и внедрения единой системы антиалкогольного воспитания молодежи, присечения любых попыток приобщения подростков к спиртным напиткам.

Алкоголизация подрастающего поколения большинством исследователей рассматривается как существенный индикатор психического здоровья нации. Этим в известной мере определяется постоянный интерес к изучению подростково-юношеского алкоголизма. Растущий уровень потребления спиртных напитков, увеличение числа больных алкоголизмом, отрицательное влияние злоупотребления алкоголем на здоровье молодежи, большой экономический и моральный ущерб от пьянства выдвинули эту проблему в большинстве стран мира в число важнейших, имеющих не только медицинское, но и социальное значение.

К ранней алкоголизации («раннему пьянству» по А. А. Портнову, И. Н. Пятницкой, 1973) относят знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет и более или менее регулярное употребление спиртных напитков в 17—18 лет. О раннем (подростковом) алкоголизме можно говорить при появлении его первых признаков до 18 лет (А. Е. Личко, 1983).

В последние годы появились крупные обобщающие работы по клинико-социальным и патогенетическим аспектам алкоголизма в том числе и в возрастном аспекте (В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, 1968, 1973; И. В. Стрельчук, 1970, 1973;

Г. В. Морозов, А. К. Качаев. Г. Я. Лукачер, 1973; А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1973; И. П. Анохина, 1975; И. Н. Пятницкая, 1975; И. Г. Езриелев, 1975; И. В. Бокий, И. П. Лапин, 1976; И. Г. Ураков, В. В. Куликов, 1977; Г. М. Энтин, 1972, 1979; А. Е. Личко, 1979, 1985; В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, 1980; И. А. Сытинский, 1980; Ц. П. Короленко, Н. Л. Бочкарева, 1982; В. Т. Кондрашенко, А. Ф. Скугаревский, 1983; Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, 1983; Г. В. Морозов, И. Г. Ураков, П. П. Ширинский и др., 1983; Э. Н. Попова с соавт., 1984; А. Ф. Артемчук, 1985; Э. Е. Бехтель, 1986 и др.). В обширной литературе, посвященной проблемам подростково-юношеского алкоголизма, выделены факторы, способствующие развитию ранней алкоголизации (Е. Д. Красик, 1974; В. В. Ковалев, 1976, 1982; И. Д. Муратова с соавт., 1977; М. С. Попова, В. Я. Волгин, 1984; Е. С. Скворцова, 1984 и др.), описаны особенности алкогольного опьянения у подростков (В. И. Демченко, 1980; Г. Н. Соцевич, 1982; И. Г. Найденова, 1982 и др.), рассмотрены механизмы формирования потребности в алкоголе и ранние признаки заболевания (И. Н. Пятницкая, 1982; Э. Е. Бехтель, 1984; В. Ф. Матвеев с соавт., 1984 и др.), особенности клиники и течения раннего алкоголизма (И. Н. Пятницкая, 1975, 1984; А. Е. Личко, 1979, 1983; В. В. Макаров, 1981; Н. Е. Буторина, 1982; А. Г. Гофман, Т. И. Нижниченко, 1982; Г. Н. Соцевич, Г. М. Энтин, 1983 и др.), описаны взаимосвязи раннего алкоголизма и психопатий (А. Е. Личко, 1976, 1983; И. Г. Ураков, В. В. Куликов, 1977; В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, 1980; Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин, 1983 и др.), показано своеобразие течения подросткового алкоголизма на фоне резидуально-органической церебральной недостаточности и черепно-мозговых травм (А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1973; Ц. П. Короленко с соавт., 1978; З. Н. Болотова с соавт., 1980; В. В. Вандыш, 1980; В. А. Чудновский, 1982 и др.), олигофрений (Н. Е. Буторина с соавт., 1979; Л. С. Рычкова, 1985 и др.), выделены особенности ранней алкоголизации и алкоголизма у девочек (И. Г. Ураков, И. Ю. Власова, 1982; С. В. Турцевич, 1983; В. В. Анучин с соавт., 1984 и др.), типы изменения личности у подростков (И. Л. Злотников с соавт., 1970; М. А. Чалисов с соавт., 1973; В. В. Веселовский с соавт., 1976; Л. Я. Висневская, Е. А. Данилова, 1978; М. К. Голынский, Н. Г. Клепиков, 1982; И. Н. Пятницкая, 1982 и др.), особенности алкогольных психозов в молодом возрасте (В. Д. Илюнин, 1976; А. Г. Гофман, Т. И. Нижниченко, 1982; М. Г. Саванюк,

1982 и др.), показаны возможности внедрения дополнительных лабораторных методов выявления вероятного алкоголизма (Т. В. Чернобровкина с соавт., 1980, 1984; Б. М. Кершенгольц, 1980; Г. П. Колупаев, В. А. Яковлев, 1984; И. В. Бокий с соавт., 1984, 1985 и др.), что является перспективным направлением преодоления трудностей клинической диагностики раннего алкоголизма.

Однако на сегодняшний день еще не устранены многие противоречия в оценке этиопатогенеза, клиники и течения раннего алкоголизма. Не случайно больных алкоголизмом подростков относят к «самым трудным пациентам 80-х годов» (L. L. Bachrach, 1982). Если одни авторы (И. И. Лукомский, 1963; И. В. Стрельчук, 1966; Э. И. Лапинский, 1970; Е. А. Данилова, 1974 и др.) указывают на особенно прогредиентное течение алкоголизма в подростково-юношеском возрасте, то другие (И. Г. Ураков, В. В. Куликов, 1977; И. Н. Пятницкая, 1979; А. Г. Гофман, Т. И. Нижниченко, 1982; Г. Н. Соцевич, Г. М. Энтин, 1983; Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин, 1984 и др.) отмечают стремительное развитие алкоголизма только у подростков с преморбидной отягощенностью. И. Л. Злотников с соавт. (1970), В. В. Макаров (1981) находят, что синдром похмелья у несовершеннолетних не столь резко выражен, как у взрослых, отсутствуют его сомато-неврологические компоненты. Напротив, Л. Я. Висневская, Е. А. Данилова (1978), Н. Г. Найденова (1982) характеризуют его в основном сомато-неврологическими расстройствами, а З. Н. Болотова с соавт. (1980) уподобляют похмельную симтоматику у подростков «вегетативной буре», возникающей быстрее и ярче, чем у взрослых. Ряд исследователей подчеркивают быстроту наступления изменений личности при раннем алкоголизме (Н. И. Фелинская с соавт., 1975; Э. С. Наталевич, 1980; И. Н. Пятницкая, 1984 и др.), а В. Д. Илюнин (1976) и В. В. Макаров (1981) не находят у подростков стойких изменений личности по алкогольному типу. Во многом нерешенными в подростковой наркологии остаются вопросы выявления, формы учета и диагностики, прогноза и течения, лечения и динамического наблюдения, социальной реабилитации. Необходима обоснованная система антиалкогольного воспитания подрастающего поколения, разработка принципов и направлений в целом противоалкогольной политики.

На разрешение указанных вопросов и было направлено предпринятое исследование.

Диссертация выполнена по плану целевой Республиканской программы исследований по изучению алкоголизма (1981—1990 гг.) и, в частности, ее подпрограммы «Ранние формы алкоголизма» (1981—1986).

Цель и задачи исследования. Основной целью исследования являлось выяснение особенностей патокинеза алкоголизма у подростков и разработка системы ранней профилактики.

Для достижения цели решались следующие задачи:

— описание медико-социальных особенностей подростков группы риска, угрожаемых по развитию алкоголизма;

— выделение этапов развития алкоголизации и алкоголизма у подростков;

— анализ динамики симптомообразования раннего алкоголизма в зависимости от характера преморбидной отягощенности;

— описание клинических особенностей формирования и течения алкоголизма у подростков, в том числе коренных жителей Севера;

— оценка возможностей некоторых дополнительных лабораторных методов выявления вероятного алкоголизма;

— разработка направлений ранней профилактики алкоголизации подростков и антиалкогольного воспитания молодежи;

— обоснование принципов организации, структуры и направлений деятельности подростковой наркологической службы;

— оценка эффективности лечебно-профилактической помощи алкоголизирующимся подросткам по данным десятилетнего катамнеза.

Материал и методы исследования. Работа основана на изучении особенностей клинических проявлений, течения ранней алкоголизации и алкоголизма у 586 подростков и юношей в возрасте 14—18 лет. Для прослеживания динамики симптомообразования весь контингент был разбит на три группы: а) 290 подростков, злоупотребляющих алкоголем — группа риска, ср. возраст 16,5 лет; б) 179 человек с I ст. алкоголизма, ср. возраст 16,6 лет; в) 117 человек со II ст. алкоголизма, ср. возраст 16,8 лет. По возрасту выделенные группы статистически не отличались ($P>0,05$). Исследование проводилось в течение 10 лет (1974—1984) на базе подросткового наркологического кабинета и подростковых палат психиатрического стационара.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический, включающий симптоматическую и синдромологическую оценку алкогольной болезни. Для количественной оценки динамики симптомообразования использовался специальный опросник, позволяющий проследить патокинез с точностью до одного месяца. Выполнение этой задачи было возможно, по-видимому, только у подросткового контингента, имеющего небольшую давность заболевания. Данные клинического наблюдения дополнялись психолого-педагогическими методами исследования, с использованием характеристик и дополнительных сведений, полученных от школьных врачей, учителей и воспитателей, родителей, инспекторов комиссий и инспекций по делам несовершеннолетних. Кроме того, в заключение опросника для экспресс-диагностики характерологического типа использовался метод аутоидентификации по словесным характерологическим портретам Э. Г. Эйдемиллера (1971).

Выясняя значение региональных факторов в развитии алкоголизма у коренного населения Севера, по специальной карте было опрошено 143 подростка из трех Северных районов Архангельской области (в том числе Ненецкого автономного округа) и для сравнения 120 подростков из трех центральных районов г. Архангельска. В обеих группах возраст опрошенных составлял 11—17 лет и все они состояли на учете в инспекциях и комиссиях по делам несовершеннолетних в связи с ранней алкоголизацией. Проанализирована алкогольная заболеваемость по данным Архангельского областного наркологического диспансера и психонаркологического отделения г. Нарьян-Мара (административного центра Ненецкого автономного округа).

Учитывая трудности клинической диагностики раннего алкоголизма, была предпринята попытка оценить возможности ряда дополнительных лабораторных методов выявления вероятного заболевания: а) радиоизотопные гепато- и ренография выполнены у 239 человек; б) определение среднего объема эритроцитов выполнено у 146 больных алкоголизмом; в) исследование биологической активности сыворотки крови проведено с помощью методик клеточных и тканевых культур у 153 больных, Лабораторные исследования выполнены на базе Архангельского филиала института морфологии человека АМН СССР.

Срок катамнестического наблюдения составил от 2 до 10 лет, в среднем $6,4 \pm 0,2$ года. Катамнестические сведения

удалось получить о 254-х юношах, средний возраст 22,0±0,2 года.

Обоснован системный подход к антиалкогольному воспитанию учащихся ПТУ. По специальной карте опрошено 124 учащихся ПТУ 17—18 лет и, в качестве контроля, 275 студентов-медиков того же возраста.

Достоверность результатов работы обеспечивалась следующими методическими подходами: достаточным числом больных, включенных в исследование; продолжительным периодом динамического наблюдения; параллельным сравнением обнаруженных симптомов и синдромов алкогольной болезни в трех динамических группах; полнотой дополнительных сведений и учетом клинико-лабораторных данных; обработкой полученных материалов с помощью методов математической статистики по специально разработанным программам на ЭВМ «ЕС-1022» и «РДР-11/40».

Научная новизна. Новым в представленном исследовании является комплексный медико-социальный подход к проблеме раннего алкоголизма, обеспеченный основным методом клинического наблюдения и рядом социально-гигиенических методик. Впервые проведен анализ распространенности и характера алкоголизации молодежи на обширном литературном материале, выделены основные методические подходы и направления изучения проблемы.

Описаны три этапа развития раннего алкоголизма. Рассмотрена медико-социальная характеристика подростков группы риска, угрожаемых по развитию ранней алкоголизации. Показано значение различных негативных факторов преморбидного периода в дебюте ранней алкоголизации. Обосновано положение о том, что особенности ранней алкоголизации преимущественно связаны с реакцией измененной в социально-психологическом и биологическом отношении «почвы» (в понимании С. Г. Жислина, 1965).

На основании клинико-статистического анализа динамики симптомообразования (патокинеза) раннего алкоголизма выделены два варианта дебюта заболевания. Показаны особенности патокинеза и патопластики подросткового алкоголизма в зависимости от характера преморбидной отягощенности. На основании анализа 10-летнего катамнестического наблюдения описаны типы течения ранней алкоголизации и алкоголизма. Обоснована необходимость развернутой функциональной диагностики подростково-юношеского алкоголизма, учитывающая три характеристики: стадию, тип течения,

«почву» — все вместе это и составляет понятие ранние формы алкоголизма.

Обосновано выделение при алкоголизме у подростков с преморбидной отягощенностью синдрома не измененной, а атипично-измененной реактивности. Описан защитно-компенсаторный синдром в преклинической стадии заболевания.

Выделены особенности развития алкоголизации и алкоголизма у коренных жителей Севера в возрастном аспекте, показана этническая специфичность алкогольной заболеваемости у ненцев.

Впервые систематизированы уровни и структура алкогольного образа жизни, что позволило обосновать этапы формирования трезвого образа жизни, выделить ведущие направления ранней профилактики алкоголизма и раскрыть организационные принципы антиалкогольного воспитания подрастающего поколения.

Практическая значимость и внедрение результатов. Выполнение поставленных задач позволило разработать направления ранней медико-педагогической коррекции аномалий развития личности подростков, выделить группу риска по развитию ранней алкоголизации, установить значимость различных факторов в этиологии заболевания.

Уточнены диагностические критерии раннего алкоголизма и особенности течения заболевания, что позволило наметить пути раннего и эффективного выявления. Показана эффективность ряда дополнительных лабораторных методов диагностики раннего алкоголизма, что имеет особое значение при трудностях традиционной клинической диагностики.

Разработаны и внедрены в практику основные направления антиалкогольной работы с молодежью, предложена система антиалкогольного воспитания подрастающего поколения. Обоснованы особенности организации профилактики алкоголизма и наркологической помощи коренному населению Севера.

Внедрены в практику три основных звена подростковой наркологической службы: 1) подростковый наркологический кабинет; 2) специализированные подростковые палаты в стационаре; 3) отделение ранних форм алкоголизма при промышленном предприятии. Анализ десятилетнего катамнестического наблюдения обнаружил существенную эффективность работы подростковой наркологической службы.

Внедренные в практику результаты исследования представлены в следующих методических рекомендациях и мате-

риалах: 1) «Клиника, диагностика и лечение алкоголизма в подростково-юношеском возрасте», МЗ РСФСР, 1979, 30 с.; 2) «Организация и содержание противоалкогольной работы со школьниками», ЦНИИСП МЗ СССР, 1979, 23 с.; 3) «Обзорные таблицы распространенности и последствий алкоголизации молодежи за 1871—1979 гг». Архангельск, 1981, 41 с.; 4) «Методические материалы по профилактике пьянства среди несовершеннолетних», Академия МВД СССР, М., 1982, 6 с.; 5) «Межкафедральная программа по комплексному координированному преподаванию основ профилактики вредных привычек», МЗ РСФСР, 1982, 20 с.; 6) «Комплексный подход к профилактике алкоголизации и правонарушений несовершеннолетних», Архангельск, 1982, 23 с.; 7) «Клиника, диагностика и лечение поражений печени и почек, желудка и поджелудочной железы при алкоголизме», МЗ РСФСР, 1984, 20 с.; 8) «Профилактика алкоголизации молодежи», ЦНИИСП МЗ СССР, 1984, 29 с.; 9) «Антиалкогольное воспитание учащихся ПТУ», Архангельск, 1986, 12 с. Таким образом, внедренные в практику результаты исследования нашли отражение в 3-х методических рекомендациях союзного уровня внедрения (МЗ СССР и МВД СССР), 3-х республиканского (МЗ РСФСР) и 3-х зонального. По материалам работы издано методическое пособие «Механизм формирования личности и предупреждения антиобщественного поведения молодежи», М., 1984, 219 с. (в соавт.). Получено два удостоверения на рационализаторские предложения: «Способ диагностики алкоголизма» (№ 4/85, от 7.02.85 г.) и «Способ оценки стадии алкоголизма» (№ 41/85 от 22.10.85 г.).

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликована 31 работа по списку, утвержденному ВАК СССР, в том числе 1 монография.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из вступления, пяти глав, заключения и списка литературы. Объем 278 стр. основного машинописного текста, а также 53 таблицы и 25 рисунков. Список литературы содержит 601 источник на русском (340) и иностранных (261) языках.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ материалов исследования обнаруживает, что особенности алкоголизации и алкоголизма у подростков во многом предопределяются характером отягощенности социальной и биологической «почвы», на которой развивается заболевание. В большинстве случаев ранней алкоголизации встречается нарушение структуры (43,3%) и функции семьи (68,8%), незаконченное среднее образование (59,6%) и невысокая квалификация родителей (60,0%), частота асоциального поведения (21,7%) и пьянства в микросреде (60,1%). Наряду с этим существенно измененной была и биологическая «почва»: высокая частота резидуально-органической церебральной недостаточности (27,2%) и травм головы с потерей сознания (25,2%), психофизического инфантилизма (45,7%) и дебильности (7,2%), психопатий и патохарактерологических развитий личности (24,6%). Все это приводило к тому, что уже сам выход ребенка на рубеж подросткового возраста выглядел как атипичный, не нормативный, девиантный. Младший школьный возраст не характеризовался гармонией между ведущей учебной деятельностью и возможностями ребенка, страдала его самооценка, фрустрировались соответствующие потребности. В результате нарастала школьная дезадаптация, подростки искали и находили компанию равных себе по возможностям школьных «изгоев», где обретали удовлетворяющую самооценку и проникались самоуважением. Однако, высокий статус и престиж в группе зачастую определялись степенью асоциальности поведения и выраженностью алкоголизации. Групповая выпивка нередко играла роль психологического рубежа, своеобразного посвящения в члены группы. Именно умение пить, «нести» как можно больше символизировали в группе взрослость, воспринимались как признак особой силы и крепости, отличающий лидера и достойный уважения. Так изначально формировался групповой характер потребления и особая групповая психическая зависимость. Вновь принятый член такой группы нередко был почти обречен на прохождение «обязательной программы», начинающейся с хулиганских действий в состоянии опьянения и приводов в милицию, а заканчивающейся рецидивами доставки в медицинский вытрезвитель и серьезными правонарушениями. Тем самым алкоголизация изначально вплеталась в единый блок асоциального поведения, являясь его неизбежной составной частью.

Групповая алкоголизация в асоциальной среде закрепляла, фиксировала в целом складывающийся алкогольный стиль жизни (определяемый выбором напитка и частотой потребления, глубиной опьянения и характером поведения в интоксикации), во многом навязываемый подросткам по ме-

ханизмам само- и взаимоиндукции, имеющим в широком смысле психогенную природу.

Таким образом, в развитии алкоголизма у подростков можно выделить три основных этапа.

I этап проявляется деформацией личности в направлении готовности к любым формам асоциального поведения и, в частности, к ранней алкоголизации. Большинство обследованных подростков не имели нормального семейного воспитания: отсутствовал контроль за их обучением, недостаточно поощрялось развитие интеллекта и нравственно-этических ценностей. У них рано утрачивался интерес к учебе. Это неизбежно приводило к отсутствию у подростков общественно-политической активности и социально-значимых установок, узкому кругу и неустойчивости интересов, отсутствию увлечений и духовных запросов, уходу от ответственных ситуаций и решений. Формировалась такая направленность личности, в основе которой лежала неспособность подростка к сложной деятельности, с упрощением и перестройкой иерархии мотивов поведения в плане «готовности» к злоупотреблению алкоголем. Происходило уплощение, деформация личности, слепо и некритично воспринимающей все взгляды и нормы «алкогольной группы».

II этап состоит в формировании алкогольного стиля жизни с началом группового употребления спиртных напитков. На этом этапе алкоголизации ведущая роль принадлежит психогенному (в широком смысле этого понятия) формированию симптомов групповой психической зависимости, утраты контроля, форм потребления (включая изначальные утренние приемы небольших доз алкоголя) и форм опьянения. Гротескные, индуцированные «симптомы» часто имитируют и потенцируют начальные биологические проявления заболевания. Этот механизм «индукции» реализуется во многом за счет подростковых реакций группирования и имитации.

III этап начинается в патокинезе с периода интенсивного симптомообразования на фоне регулярного потребления алкоголя. Выраженная (хотя и не стопроцентная) преморбидная патологическая отягощенность обследованного контингента создавала предпосылки к быстрому срыву биологических и социальных защитных механизмов уже при трехкратном повышении толерантности, возникновению амнестических форм опьянения, извращению характера опьянения с грубой агрессивностью, злобностью, расторможенностью влечений, ускоренному формированию признаков физической зависимости с астенизацией и прогрессирующей психопатизацией личности.

Таким образом, ранняя алкоголизация выступает, как правило, индикатором социально-психологической несостоятельности личности, бедности и неразвитости ее нравственно-ценностной сферы, носит в широком смысле компенсаторный характер, создавая только иллюзию деятельности и эмоциональности.

Количественный анализ динамики симптомообразования обнаружил существенную зависимость прогредиентности заболевания от выраженности преморбидной отягощенности. Так, у больных с I стадией алкоголизма, среди которых у половины симптомообразование приостановилось почти на год, достоверно меньше (в 2 раза) было подростков с черепно-мозговыми травмами и гепатитом в анамнезе, психопатиями и патохарактерологическими развитиями, резидуально-органической церебральной недостаточностью.

Для выяснения влияния патологически измененной биологической «почвы» на патокинез заболевания были сопоставлены две группы больных (I—II ст. алкоголизма): а) с нервно-психической отягощенностью (черепно-мозговые травмы до начала алкоголизации, дебильность, психопатии и патохарактерологические развития личности неустойчивого типа, резидуально-органическая церебральная недстаточность) — 247 больных, ср. возраст 16,7±0,1 лет; б) без отягощенной преморбидной почвы — 49 человек, ср. возраст 16,8±0,1 лет (табл. 1). Каждый из приведенных в таблице симптомов алкоголизма расчитывался в месяцах от момента первого значимого опьянения,— т. е. опьянения, после которого «начался относительно систематический прием спиртных напитков» (А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1973). Анализ материалов, приведенных в таблице 1, обнаруживает статистически достоверное отличие группы больных с неотягощенным преморбидом: более позднее знакомство с алкоголем, у меньшей части утрату значения противодействия социальной микросреды, в три раза меньшую частоту амнестических форм опьянения, в два раза — компульсивноподобного влечения, меньше случаев формирования абстинентного синдрома, физического комфорта в интоксикации и употребления заменителей. У больных этой групы отсутствовали такие симптомы как: истинные запои, 4, 5 и 6 кратное увеличение толерантности, продолженная анорексия и трудности засыпания. В тоже время по срокам формирования основных симптомов алкого-

Таблица 1

Соотношение основных признаков алкоголизма в зависимости от нервно-психической отягощенности преморбидной «почвы»

Симптомы алкоголизма	С отягощенностью (м)		Без отягощенности (м)	
	в %	в месяцах	в %	в месяцах
1. Первое опьянение (годы)	—	13,2	—	14,1 +
2. Изначальная суточная толерантность (в мл 40°)	—	288,0	—	279,8
3. Максимальная суточная толерантность	—	669,1	—	673,3
4. Эпизодическое потребление алкоголя (менее 1—2 раз в месяц)	100	3,5	100	3,9
5. Частое потребление алкоголя (2—3 раза в месяц)	100	16,3	100	13,8
6. Регулярное потребление алкоголя (2—3 раза в неделю)	94,2	26,8	92,3	23,4
7. Ложные запои	43,9	35,5	35,7	35,0
8. Истинные запои	5,7 +	46,6 +	—	—
9. Утрата защитного рвотного рефлекса	64,0	27,8	63,4	25,1
10. ×2 — удвоение толерантности	96,7	20,2	94,0	20,4
11. ×3	67,1	28,7	63,4	31,5
12. ×4	34,7 +	35,0 +	—	—
13. ×5	15,9 +	44,0 +	—	—
14. ×6	1,8 +	63,5 +	—	—
15. Начало противодействия микросреды	83,1	19,6	75,0	18,8
16. Утрата значения противодействия микросреды	65,2	26,1	41,0 +	20,3
17. Утренняя анорексия	47,3	27,8	38,1	22,6
18. Анорексия в опьянении	24,6	31,7	19,0	25,3
19. Продолженная анорексия	2,2 +	59,6 +	—	—
20. Утрата количественного контроля	43,0	28,6	44,7	29,3
21. Утрата ситуационного контроля	23,9	32,3	14,3	29,0
22. Палимпсесты опьянения	79,3	28,7	73,8	25,1
23. Амнезии	28,3	32,8	11,9 +	29,2
24. Обсессивноподобное влечение	92,4	28,8	87,8	25,6
25. Компульсивноподобное влечение	27,1	41,2	14,3 +	43,7
26. Постинтоксикационные явления	98,2	9,7	95,2	6,1
27. Абстинентный синдром	56,8	32,7	35,7 +	29,2
28. Трудности засыпания	8,7 +	35,1 +	—	—
29. Употребление заменителей	25,7	36,5	14,5 +	28,7
30. Психический комфорт в опьянении	95,6	22,5	96,7	19,6
31. Физический комфорт в опьянении	43,6	34,5	26,2 +	34,6
32. Изменение характера опьянения	29,4	33,9	17,1	27,0

+ отличия между группами достоверны при $P < 0,05$.

лизма сравниваемые группы были полностью идентичны. Таким образом, отягощенный преморбид, способствуя более полному и злокачественному проявлению клиники заболевания в тоже время не влияет на внутренние механизмы патокинеза алкоголизма.

Для того, чтобы более дифференцированно проанализировать динамику симптомообразования раннего алкоголизма и оценить диагностическую значимость различных клинических проявлений заболевания у подростков, рассмотрим в сравнении три группы, выделенные в соответствии с общепринятыми во взрослой наркологии стадиями хронической интоксикации алкоголем: а) группа риска — без признаков алкоголизма; б) с алкоголизмом I ст.; в) с алкоголизмом II ст. (табл. 2). Рассмотрим по порядку приведенные в иллюстрации индикаторы. Средний возраст представителей всех трех групп примерно одинаков (16,5–16,8 лет), но опыт алкоголизации у подростков без признаков заболевания был в 1,5—2 раза меньше, чем у их сверстников с I—II стадиями алкоголизма, которые примерно на год раньше познакомились со спиртными напитками.

При анализе величины толерантности (в мл 40° алкоголя) мы учитывали как на время начала алкоголизации (изначальная) так и в период обследования (максимальная) два показателя: а) изначальную и максимальную одномоментную (или разовую) толерантность, соответствующую дозе комфортного состояния, средней привычной дозе опьянения; б) изначальную и максимальную суточную толерантность.

Как видно из таблицы 2 по всем четырем параметрам у подростков без алкоголизма переносимость этанола была примерно в 2 раза меньше, чем у представителей групп с I—II стадиями заболевания. Больные со II стадией алкоголизма отличались от больных с I стадией только величиной максимальной суточной переносимости эталона, достигающей у них 701,5±18,9 мл водки.

По показателям кратности увеличения толерантности у подростков без алкоголизма встречалось только двух (56,1±4,3) и трехкратное (11,9±2,8) увеличение, что существенно ниже, чем у больных с I и II стадиями заболевания. У больных с I и со II стадиями алкоголизма встречается увеличение толерантности до 5-кратного, при этом по частоте различий между стадиями нет. С утяжелением стадии алкоголизма достоверно медленнее возрастает толерантность от 2-х до 5 кратной. Например, подросткам без алкоголизма для утрое-

Таблица 2

Соотношение основных признаков алкоголизма в зависимости от стадии заболевания (м)

№	Характеристика группы и симптомы алкоголизма	Группа риска		I ст. алкоголизма		II ст. алкоголизма	
		%	месяцы	%	месяцы	%	месяцы
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Средний возраст (годы)	—	16,5	—	16,6	—	16,8
2.	Первое опьянение (годы)	—	14,1	—	13,3+	—	13,1+
3.	Алкогольный стаж (в месяцах)	—	26,1	—	37,6+	—	43,9+
4.	Изначальная разовая толерантность (в мл 40°)	—	63,3	—	93,5+	—	101,9
5.	Максимальная разовая толерантность	—	104,4	—	222,6+	—	239,7
6.	Изначальная суточная толерантность	—	144,3	—	273,5+	—	305,3
7.	Максимальная суточная толерантность	—	286,1	—	645,7+	—	701,5+
8.	×2 — удвоение толерантности	56,1	13,6	94,7+	16,8	99,0	24,0
9.	×3	11,9	17,1	64,2+	24,3+	70,6	33,7+
10.	×4	—	—	31,7+	30,9+	38,2	39,1+
11.	×5	—	—	14,4+	40,7+	17,8	47,3
12.	Эпизодическое потребление алкоголя	96,2	3,7	100+	3,2	100	3,9
13.	Частое потребление алкоголя	22,2	12,8	100+	14,5	100	18,6
14.	Регулярное потребление алкоголя	4,4	23,8	92,6+	24,4	96,2	29,7+
15.	Ложные запои	—	—	35,2+	31,9+	54,3+	38,3
16.	Истинные запои	—	—	—	—	12,4+	46,6+
17.	Проявление защитного рвотного рефлекса	68,9	3,7	87,8+	4,5	90,3	5,8
18.	Исчезновение чувства отвращения при передозировке	4,4	16,7	45,5+	19,0	72,1+	31,3+
19.	Исчезновение защитного рвотного рефлекса	5,9	23,1	58,9+	23,5	70,2	32,2+
20.	Появление «чувства дозы»	68,2	9,4	33,7+	18,2+	41,3	15,8
21.	Утрата количественного контроля	—	—	42,6	25,7+	43,4	32,0+
22.	Утрата ситуационного контроля	—	—	12,0+	25,3+	38,1+	35,0+
23.	Начало противодействия микросреды	16,2	13,5	75,2+	17,4	92,3+	21,8
24.	Утрата значения противодействия микросреды	4,4	14,2	54,4+	23,0	77,7+	28,8
25.	Психический комфорт	8,1	9,9	93,5+	20,0	98,1	25,4
26.	Физический комфорт	—	—	13,7+	24,5+	79,6+	36,5+
27.	Обсессивноподобное влечение	—	—	89,3+	25,9	96,2+	31,9+
28.	Компульсивноподобное влечение	—	—	7,2+	38,1+	51,0+	41,7
29.	Палимпсесты	5,2	19,0	77,4+	24,7	81,6	33,1+
30.	Амнезии	—	—	13,6+	25,8+	45,7+	35,3+
31.	Изменение характера опьянения	—	—	24,1+	24,6	35,7	41,1+
32.	Постинтоксикационные явления	39,0	12,4	96,7+	96,5	100+	9,9
33.	Первое опохмеление (годы)	7,4	16,3	38,0+	15,9	100+	15,5+
34.	Абстинентный синдром	—	—	20,8+	26,3+	100+	34,3+
35.	Утренняя анорексия	—	—	40,7+	22,5+	55,3+	32,6+
36.	Анорексия в опьянении	—	—	16,8+	25,0+	34,0+	35,6
37.	Продолженная анорексия	—	—	—	—	4,8+	59,6+
38.	Раннее пробуждение	—	—	7,3+	18,0+	22,9+	37,5+
39.	Поверхностный сон	—	—	10,6+	25,1+	40,0+	36,7+
40.	Трудности засыпания	—	—	—	—	16,2+	41,4+
41.	Выпивки в одиночку	4,4	19,4	28,7+	26,2	41,0+	32,9
42.	Употребление заменителей	—	—	14,4+	30,2+	39,0+	39,3
43.	Повышение затрат	5,9	9,9	38,0+	23,1+	47,1+	26,3+

+ отличия между группами достоверны при $P < 0,05$.

ния толерантности понадобилось 17,1±2,2 месяца, с I стадией алкоголизма — 24,3±1,4 месяца, со II стадией алкоголизма — уже 33,7±2,2 месяца. Возможно, такое медленное возрастание толерантности связано с тем, что у подростков с алкоголизмом изначально более высокая переносимость алкоголя и, потому, требуется существенно больше времени для увеличения кратности. Так, средняя изначальная суточная толерантность у подростков без алкоголизма 144,3±8,9 мл водки, с алкоголизмом I стадии — 273,5±12,1 мл, со II стадией алкоголизма — 305,3±14,4 мл.

Сопоставление трех сравниваемых групп по формам потребления спиртных напитков обнаружило ожидаемое достоверное преобретение у подростков с I стадией алкоголизма лиц с регулярным пьянством и ложными запоями по сравнению с подростками без алкоголизма, у лиц со II стадией алкоголизма были существенно более распространены запойные формы пьянства, относительно представителей I ст. Если взять усредненные сроки формирования той или иной формы потребления спиртных напитков у подростков с I—II ст. алкоголизма, то получается следующий ряд: эпизодическое (менее 1—2 раз в месяц) потребление алкоголя в 3,5±0,5 месяцев, частое (2-3 раза в месяц) — в 16,3±0,9 месяцев, регулярное (2—3 раза в неделю) — в 26,8±1,0 месяц, ложные запои — в 35,5±1,8 месяцев и истинные запои — в 46,6±7,4 месяцев от первого значимого опьянения (табл. 2).

Защитный рвотный рефлекс у подростков всех трех групп впервые проявился в одно и тоже время вслед за началом эпизодического употребления алкоголя. У 12,2% больных I ст. алкоголизма и у 9,7% со II стадией защитный рвотный рефлекс изначально отсутствовал. Исчезновение чувства отвращения к алкоголю при передозировках и защитного рвотного рефлекса происходило у больных алкоголизмом в одно время с началом регулярного потребления алкоголя и с утроением толерантности. Утрата рвотного рефлекса не оценивается должным образом подростками, имеющими перед собой в качестве нормы потребления спиртного более «опытных» товарищей, зачастую сформировавшихся алкоголиков.

Появление «чувства дозы», способности контролировать количество принимаемого алкоголя, у подростков всех трех групп происходило при начале частого (2—3 раза в месяц) употребления спиртного, что свидетельствует о необходимости приобретения определенного алкогольного опыта для выработки этого важного защитного механизма. Причем, подросткам без алкоголизма требовалось на это времени в два раза меньше, чем больным с I—II стадиями, среди которых лиц, выработавших ранее «чувство дозы», было в два раза меньше, чем среди здоровых. Можно выделить у подростков два варианта количественного контроля: а) позитивный — алкоголизация продолжается до комфортного состояния («уже хорошо и больше не хочу»); б) негативный — до дискомфорта («уже плохо и больше не могу»). Второй вариант представляется прогностически менее благоприятным. У существенной части подростков, больных алкоголизмом, количественный контроль был изначально несформирован, поэтому говорить о его утрате здесь не приходилось. В среднем у больных I—II ст. изначальное отсутствие количественного контроля встречалось в 62,4±3,6% случаев. Утрата количественного контроля произошла у равного числа подростков с I и II стадиями алкоголизма. Утрата ситуационного контроля происходила у больных одновременно с утратой количественного контроля. Изначальное отсутствие ситуационного контроля отмечалось у 22,4±3,7% больных с I стадией алкоголизма и у 31,4±4,5% со II стадией, что во многом свидетельствует о пагубности алкогольных обычаев микросоциальной среды и некритичному к ним отношению со стороны больных. То, что у более трети больных с I стадией алкоголизма уже отсутствовал ситуационный контроль говорит о существенном своеобразии «социальной» почвы раннего алкоголизма, высокой социальной толерантности пьянства у подростков.

Дистанция между началом противодействия микросоциальной среды и утратой его значения составляла у больных и I и II ст. алкоголизма полгода, что свидетельствовало о быстрой утрате социальных защитных механизмов, о преморбидной личностной деформации с потерей критичности к алкоголизации (табл. 2).

Практически все больные алкоголизмом имели ко второму году алкоголизации очерченный психический комфорт в опьянении. Физический комфорт в опьянении достоверно отличал II ст. алкоголизма. У незначительного процента больных с I стадией (13,7±3,1%) этот симптом также представлен и возникает одновременно с психическим комфортом, что, повидимому, является одним из признаков злокачественности и прогредиентности.

Следом за формированием психического и физического комфорта возникало обсессивноподобное влечение, а затем появлялось и компульсивноподобное влечение. Больные со II

стадией алкоголизма достоверно чаще обнаруживали обе разновидности влечения (96,2% и 51,0%).

Влияние порочных алкогольных обычаев наиболее полно проявляет себя в изначальном извращении форм опьянения, когда напиваться до состояния оглушения является требованием «нормального» завершения застолья. У подростков из такой среды отмечается убежденность, что пить надо кончать, только когда уже «отключаешься» и «уже плохо».

Возникающие амнезии при сопорозном и коматозном опьянении являются следствием нарушенного сознания. Постепенно при регулярном повторении интоксикационные амнезии очень незаметно перерастают в истинно алкогольные амнезии, возникающие уже не обязательно от максимальных доз спиртного и проявляющиеся в начале палимпсестами опьянения. И тот и другой симптомы возникают практически в одно время: у больных с I стадией алкоголизма через два года пьянства, а у больных II ст. — к третьему году алкоголизации и с преобладанием .амнезий. В эти же сроки у равного числа больных с I и II ст. изменяется характер опьянения — снижается и становится кратковременным веселящее действие, учащаются дисфории (табл. 2).

Первые попытки опохмеления как правило носят имитированный характер у подростков, возникая по механизмам подражения более старшим и «опытным» лицам, зачастую сформировавшимся алкоголикам. Так или иначе, но уже 7,4% подростков без признаков алкоголизма в среднем с 16,3±0,2 лет пытались «опохмеляться», зачастую усматривая в этом «здоровый и естественный обычай»; в I стадии алкоголизма уже 38% утром принимали алкоголь в среднем с 15,9±0,1 лет, а во II стадии все 100% с 15,5±0,1 лет. Если в I стадии алкоголизма 38,0±4,3% подростков утром принимали спиртные напитки, «чтобы поправить голову и улучшить настроение», то из них рельефные признаки абстинентного синдрома обнаруживали только 20,8±3,6% в среднем через два гда алкоголизации. Остальные 17,2% «опохмелялись» слепо следуя пагубным алкогольным обычаям среды, потенцируя у себя истинные биологические механизмы формирования физической зависимости. Формирование опохмеления по механизму имитации характерная особенность раннего алкоголизма.

В наших наблюдениях в структуре истинного абстинентного синдрома на первый план выступали в основном астеноадинамические состояния, снижение активности, вялость, подавленное настроение, мерцающая соматовегетативная симптоматика: дискомфорт, ощущение жажды, головные боли, гипергидроз, анорексия, тахикардия, легкий тремор. Величина утренних доз алкоголя прямо зависела от стадии алкоголизма, подчиняясь тойже закономерности возрастания переносимости с утяжелением алкоголизации. Так, у больных с I стадией алкоголизма средняя «доза опохмеления» за год возрастала с 78,3±7,6 мл водки до 96,4±9,0 мл, а у больных II стадии за это же время со 105,2±11,2 мл до 129,5±7,3 мл водки.

Одним из достаточно информативных симптомов алкоголизма является анорексия в опьянении и продолженная. Достоверно чаще эти симптомы встречались у больных со II стадией алкоголизма, в среднем через три года пьянства. Такие явления, как раннее пробуждение, поверхностный сон, трудности засыпания также преимущественно возникали во II стадии алкоголизма, чаще в виде поверхностного сна (табл. 2).

Хотя алкоголизация подростков носит в основном групповой характер, однако эпизодические выпивки в одиночку встречаются достаточно часто. Если у подростков без признаков заболевания они в основном мотивированы любопытством, попытками купировать дискомфортное психическое состояние, то больных алкоголизмом прибегать к одиночному употреблению заставляет нарастающее влечение.

Некоторые из юношей, опять таки, усваивая стиль алкоголизации, принятый в компании, рано знакомятся с различными суррогатами алкоголя.

Повышение затрат на алкоголь отмечается к 18 годам у больных и I и II ст. алкоголизма в одно время и в равной мере. Вопрос с финансированием алкоголизации не является простым для подростков, часто добывание средств на выпивку приобретает криминальные формы, ускоряя социальную декомпенсацию (табл. 2).

Таким образом, в диагностике раннего алкоголизма вполне продуктивной оказывается общепринятая в наркологии систематика заболевания. Подростки с I стадией алкоголизма достоверно отличаются от своих сверстников, злоупотребляющих спиртными напитками, частотой следующих симптомов: более высокой толерантностью и изменением форм потребления (частое, регулярное); утратой защитных механизмов и количественного контроля; обсессивноподобным влечением и психическим комфортом в интоксикации; палимпсестами и

амнезиями опьянения; выраженными постинтоксикационными явлениями и формирующимся абстинентным синдромом; анорексией и нарушением сна; эпизодами одиночного пьянства; повышением затрат на алкоголь и употреблением заменителей.

Подростки со II стадией алкоголизма достоверно отличаются от больных с I стадией частотой следующих признаков: еще большим возрастанием толерантности; появлением ложных запоев; стойкой утратой защитных механизмов; выраженной анорексией и нарушениями сна, утратой ситуационного контроля и значения противодействия микросоциальной среды; стойкими амнестическими формами опьянения; компульсивноподобным влечением и физическим комфортом в интоксикации; абстинентным синдромом II ст. и более тяжелыми постинтоксикационными проявлениями; учащением одиночного пьянства и употреблением заменителей. Среди симптомов, отмечающихся исключительно во II стадии алкоголизма были: истинные запои, продолженная анорексия и трудности засыпания. По мнению некоторых исследователей не все симптомы, которые составляют клинику алкоголизма у взрослых, можно выделить у детей и подростков, а ряд симптомов носит рудиментарный характер; и чем младше возраст, тем менее выражена клиническая картина. Но, если речь идет о диагнозе алкоголизма, имеющем вполне очерченные клинические критерии, то для его постановки необходим весь известный симтомокомплекс. Только на преклинической стадии алкоголизма можно наблюдать рудиментарный характер отдельных симптомов и отсутствие ряда клинических проявлений. Клиника алкоголизма у подростков выражена не менее ярко, чем у взрослых, но возрастные особенности контингента привносят своеобразие в характер проявлений симптомов заблевания, затрудняя раннюю диагностику. Уверенная диагностика алкоголизма у подростков часто возможна лишь при продолжительном катамнестическом наблюдении.

Подростково-юношеский алкоголизм, как показывает проведенное исследование, достаточно своеобразный клинический феномен. Особенности его порождаются специфичным возрастным социально-психологическим и морфо-функциональным профилем контингента, частотой преморбидной отягощенности и деформацией личности, но общие закономерности формирования и течения заболевания едины для всех возрастных групп.

Время от первого значимого опьянения до вспышки интенсивного симптомообразования (до критического периода) характеризует продолжительность защитно-компенсаторного синдрома, содержанием которого является симптомокомплекс реакций различного уровня, обеспечивающих приспособление, адаптацию организма ко все возрастающим дозам спиртного и учащающейся алкоголизации. С исчерпанием компенсаторных возможностей возникает «срыв реактивности», о чем свидетельствует бурный взрыв симптомообразования. У подростков с I стадией алкоголизма критический период интенсивного симптомообразования приходился на 22—26 месяцы алкогольного стажа и был представлен симптомами измененной реактивности и психической зависимости; при II стадии алкоголизма — на 30—40 месяцы и характеризовался признаками синдрома физической зависимости.

Выделенный защитно-компенсаторный синдром был клинически представлен появлением «чувства дозы», защитной рвотной реакцией и чувством отвращения при передозировке, преобладанием дисфорических форм опьянения у подростков и повышением толерантности.

Из числа обследованных нами больных с различной преморбидной отягощенностью только у подростков с дебильностью было трудно выделить защитно-компенсаторный синдром, т. к. отсутствовал период интенсивного симптомообразования. Развитие алкоголизма у олигофренов протекало «непрерывно-прогредиентно», что, по-видимому, свидетельствует о существенной злокачественности этого варианта раннего алкоголизма. У подростков с любой иной отягощенностью преморбида, как и без нее, можно было выделить в динамике симптомообразования оба критических периода, создающих картину «приступообразно-прогредиентного» дебюта.

Учитывая социально-психологические и морфоконституциональные особенности пубертатного возраста, часто отягощенную в социальном и биологическом плане «почву» при раннем алкоголизме, дисгармоничность и интенсивность симптомообразования, своеобразие характера опьянения и потребления, подавление или изначальное отсутствие количественного и ситуационного контроля, а также биологических защитных механизмов, лабильность и скачкообразность изменения уровня толерантности, представляется обоснованным выделять при алкоголизме у подростков с преморбидной

нервнопсихической отягощенностью синдром не измененной, а атипично-измененной реактивности.

Анализ особенностей алкоголизации подростков, коренных жителей Северных районов Архангельской области, обнаружил меньшую (по сравнению с городским контингентом) частоту создания неформальных подростковых группировок и меньшую их асоциальность. Подростки этих районов обнаруживали большую конформность и низкий уровень притязания, были менее уверены в себе и не стремились к смене социального стереотипа. В районах Севера у подростков обнаруживается большая семейная отягощенность по алкоголизму, ниже актуальное восприятие пьянства в семье, больше выраженность индуцированных форм алкоголизации и в частности индуцированного опохмеления. Подростки на Севере реже сталкиваются с организованной антиалкогольной пропагандой, но обнаруживают большую восприимчивость к ней и внушаемость. Среди особенностей алкоголизации коренного населения Севера необходимо также отметить изначальное снижение социального контроля; псевдозапойный характер пьянства, провоцируемый перебоями в поступлении спиртных напитков; семейных характер алкоголизации с ранним приобщением детей к алкогольным обычаям; выраженность анозогнозии и активный уход от наркологической помощи.

Анализ алкогольной заболеваемости среди коренного населения Ненецкого автономного округа обнаружил, что распространенность бытового пьянства в 2 раза, алкоголизма в 3 раза и алкогольных психозов в 2,5 раза выше, чем в г. Архангельске. Практически по всем показателям официального учета наркологической службы алкоголизм у ненцев течет более злокачественно и развивается на более отягощенной «почве», чем у русского населения Архангельской области. Особо отметим тот факт, что среди ненцев достоверно раньше начинается злоупотребление спиртными напитками (в 13,8±1,2 лет, у русских — в 19,1±0,5 лет, $P<0{,}01$), почти в два раза быстрее формируется абстинентный синдром (за 4,2±1,1 года, у русских — за 7,8±1,2 года, $P<0{,}05$), в возрасте до 25 лет на учет попадает в 1,6 раза большее число больных алкоголизмом, в 2,5 раза больше на учете женщин и в 2 раза выше частота противоправного поведения в опьянении у коренного населения. В течение алкголизма у ненцев не удается проследить стадийность развития наркоманического синдрома, у них изначально обнаруживается тенденция к утрате количественного и ситуационного контроля,

тяжелым формам опьянения с оглушеностью; постинтоксикационные состояния и абстинентный синдром протекают с вялостью, адинамичностью, малой выраженностью вегетативных расстройств. Если у жителей г. Архангельска (русских) удалось выявить при алкогольных психозах достаточно широкую вариабельность психопатологических синдромов, а в их динамике как путь эквифинальности, так и путь нозологического полиморфизма, то у ненцев — резкое сужение шкалы психопатологических синдромов при алкогольных психозах, их инвариантность, а в динамике лишь один путь — эквифинальность, истощаемость психотических форм реагирования, быстрое выявление негативных энцефалопатических расстройств уже в молодом возрасте.

Особенности организации наркологической службы на Севере определяются значительным рассосредоточением населения по большой территории, слабостью коммуникаций между населенными пунктами, большим распространением алкогольных обычаев, неконтролируемым употреблением спиртных напитков домашнего изготовления, сезонным и вахтовым характером производства, неравномерностью завоза и продажи спиртных напитков. Исходя из этого необходимо формировать бригады разъездных наркологов (или наркологические экспедиции по Ю. И. Прядухину, 1986), способные обеспечить лечение больных без отрыва их от реабилитирующей трудовой и семейной обстановки.

Учитывая трудности клинической диагностики раннего алкоголизма, в работе была предпринята попытка выявить некоторые дополнительные лабораторные тесты заболевания и внедрить их в практику работы подростковой наркологической службы. Известный ряд лабораторных признаков злоупотребления алкоголем представляется возможным дополнить следующими тестами: 1) ускорение секреторно-экскреторной функции почек (у 59,4 % больных) и поглотительно-выделительной функции печени (у 55,9 % больных); 2) макроцитоз (средний объем эритроцита более 100 мкм³), прогрессивно увеличивающийся от начальных стадий алкоголизма (у 61,6 % больных) к алкогольным психозам (при делирии у 90,8 % больных); 3) специфический рост первичной культуры печени (разрастание лимфоцитов и фибробластоподобных клеток, подавление роста эпителиоподобных клеток) в сыворотке крови больных алкоголизмом (у 91,7 % больных), возможность моделирования в культуре ткани ос-

повных характеристик типичного алкогольного поражения печени.

Безусловно, было бы грубой методологической и логической ошибкой выставлять диагноз на основании изменений показателей функции одного какого-либо органа. Болезнь — многосистемное расстройство. Результаты лабораторных методов могут оцениваться и использоваться только в комплексе с клиническими наблюдениями, анамнестическими сведениями и объективными данными. Они лишь дополняют и расширяют, но не подменяют диагностические и прогностические возможности современной клинической наркологии.

Анализ десятилетнего катамнестического наблюдения за подростками, состоящими на учете в наркологическом кабинете, выявил следующее: 1) направление подростка, совершившего правонарушение и злоупотребляющего алкоголем в воспитательно-трудовую колонию по существу заменяет «алкогольный тип» развития личности на асоциальный; по-видимому, изоляция подростка из порочной микросреды необходима, но должна быть предпринята до развития грубой деформации личности и совершения преступления, и в условия более адекватные для гармонического развития и реабилитации (в интернат, спец. школу или спец. ПТУ и др.); 2) алкоголизм родителей исключительно неблагоприятно сказывается на всей жизни молодого человека, поэтому своевременное изъятие ребенка из алкогольной среды должно производиться в максимально ранние сроки, с известной решительностью и последовательностью; 3) нервно-психическая отягощенность преморбида (резидуально-органическая церебральная недостаточность, психопатии и патохарактерологические развития, черепно-мозговые травмы, дебильность) проявлялась злокачественным и прогредиентным течением раннего алкоголизма, социальной дезадаптацией и противоправным поведением; 4) почти у каждого четвертого подростка с диагнозом «алкоголизм» имеет место гипердиагностика, вызванная преимущественно индуцированным характером пьянства в асоциальной среде; такая ситуация требует более внимательного и глубокого подхода к сбору анамнеза и объективных сведений, внедрению дополнительных методов лабораторной диагностики вероятного заболевания; 5) выделены существенные позитивные сдвиги от медико-социальных лечебно-реабилитационных мероприятий и коррекции социальной среды. Так, среди показателей, отражающих эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, можно отметить у подростков, прошедших лечение от алкоголизма, на 5,8% большее число продолжающих образование, на 13,3% меньшую частоту противоправного поведения ($P<0,05$), на 4,7% меньшую смертность ($P<0,05$) и на 7,3% большую частоту попадания на службу в армию.

Анализ материалов катамнестического исследования позволил выделить следующие типы течения ранней алкоголизации: а) по направлению: прогредиентный — 46,9%, стационарный — 28,1%, регредиентный — 25,0%; б) по темпу прогредиентный тип течения включал следующие варианты: малопрогредиентный — 36,0%, умереннопрогредиентный — 27,9% и высокопрогредиентный — 36,1%. Выделение типов течения алкоголизации (пьянства) основано на анализе в целом стиля потребления, включающего оценку частоты и глубины интоксикации, характера поведения в опьянении и частоту противоправных действий, степень социальной дезадаптации и сроки появления начальных клинических признаков алкоголизма. Так, у подростков с малопрогредиентным течением алкоголизации первые клинические признаки алкоголизма появлялись к 28—30 месяцу от начала употребления спиртных напитков, с умереннопрогредиентным течением к 24—26 месяцу и с высокопрогредиентным течением к 20—22 месяцу. Кроме того, в качестве критериев разграничения типов течения ранней алкоголизации использованы формы употребления алкоголя, предложенные в классификации Ю. П. Лисицына, Н. Я. Копыта (1983). Надо отметить, что тип течения ранней алкоголизации являлся не постоянной, а этапной характеристикой, которая у большинства подростков изменялась за время длительного катамнестического наблюдения. Во всех случаях регредиентного течения отмечалось длительное воздержание от алкоголизации (служба в армии, попадании в спец. ПТУ), что приводило к обратному развитию начальных клинических проявлений. Кроме того, все эти юноши не имели выраженной преморбидной отягощенности и грубой деформации личности, отличались хорошими адаптационными возможностями. В течение раннего алкоголизма выделены следующие типы: а) высокопрогредиентный — 17,7%, при котором признаки второй стадии алкоголизма появлялись к 28—32 месяцу алкогольного стажа; б) умереннопрогредиентный — 38,4% (34—37 мес.); в) малопрогредиентный — 43,9% (39—43 мес.).

Переходя к рассмотрению организационно-методических вопросов ранней профилактики алкоголизма, необходимо преж-

де всего выделить ее цели и направления. Если использовать максимальный уровень обобщения, то все профилактические мероприятия должны быть направлены на формирование трезвого образа жизни подрастающего поколения и, соответственно, искоренение алкогольного образа жизни, являющегося целостной характеристикой всего комплекса проблем и явлений, связанных с употреблением и злоупотреблением спиртными напитками. Представляется оправданным использование ряда общепринятых дефиниций и характеристик здорового образа жизни в теоретическом анализе структуры алкогольного образа жизни.

Основными характеристиками алкогольного образа жизни выступают: 1) ВИД АЛКОГОЛИЗАЦИИ, отражающий особенности традиционного для конкретного региона и данной субпопуляции алкогольного напитка (агент). В клинической наркологии описаны особенности клиники и течения пивного, винного, самогонного алкоголизма, а также алкоголизации у различных народностей, связанные как с качеством производимого и потребляемого спиртного напитка, так и с генетически обусловленными характеристиками этанолокисляющей системы. Это ПОПУЛЯЦИОННО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА алкогольного образа жизни. 2) УРОВЕНЬ АЛКОГОЛИЗАЦИИ — отражает объем и частоту потребления спиртных напитков как конкретным индивидом (хозяин), так и в целом распространенность пьянства и алкоголизма в исследуемом регионе. Это СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА алкогольного образа жизни. 3) СТИЛЬ АЛКОГОЛИЗАЦИИ — отражает особенности исторически сложившихся алкогольных обычаев и традиций, мотивов и поводов алкоголизации у конкретной группы или народности (среда). Это СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА алкогольного образа жизни.

Таким образом, в предложенной структуре алкогольного образа жизни, нашли отражение все три компонента профилактической модели общественного здравоохранения: 1) агент (алкоголь), 2) хозяин (пьющий человек), 3) среда (ближайшее окружение или более широкий социальный фон)*. Эти три компонента и являются основными целями — мишенями противоалкогольной политики, направленной и на снижение содержания алкоголя в спиртных напитках и на изменение привычек пьющего человека, и на коррекцию социальных условий, в которых протекает алкоголизация.

* Проблемы, связанные с потреблением алкоголя. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева, 1982, с. 32.

С учетом структуры алкогольного образа жизни и исходя из задачи формирования трезвого образа жизни подрастающего поколения можно выделить следующие направления профилактики ранней алкоголизации (табл. 3). Конечно, выделение направлений в профилактике пьянства является во многом условным. Комплексный характер проблемы требует преемственных усилий всех заинтересованных государственных и общественных институтов. Практика профилактической антиалкогольной работы убеждает, что только одновременное и многоплановое воздействие на весь причинный комплекс пьянства может быть продуктивным направлением искоренения этого социального зла.

Обобщая собственный опыт антиалкогольного воспитания учащихся ПТУ (школьников, студентов), представляется возможным выделить следующие организационные принципы воспитания трезвого образа жизни подрастающего поколения в целом, и учащихся ПТУ, в частности: 1) целенаправленность и преемственность в проведении различных форм антиалкогольного воспитания и пропаганды; 2) соответствие гигиенического и нравственного, эмоционального и содержательного аспектов в антиалкогольной ориентации; 3) организация полноценного в социально-нравственном плане досуга и повышение общественной активности учащихся; 4) комплексный подход к воспитанию трезвого образа жизни; 5) личное участие в антиалкогольной пропаганде среди населения; 6) повышение роли первичной комсомольской организации в воспитании здорового образа жизни учащихся; 7) индивидуальная медико-воспитательная работа с угрожаемым по алкоголизации контингентом; 8) переход от узкой антиалкогольной работы к широкой и активной пропаганде здорового образа жизни.

Основными этапными задачами формирования трезвого образа жизни в ходе последовательного нравственно-гигиенического воспитания молодежи являются: 1) преодоление сложившихся в прошлом алкогольных обычаев и традиций с соответствующими эквивалентами обыденного сознания и мировоззрения; 2) коррекция внутренних алкогольных установок, перестройка ценностных ориентаций личности в отношении различных сторон образа жизни, ориентация на здоровый и трезвый образ жизни; 3) изменение «алкогольного поведения» человека с отказом от алкоголизации на основе сложив-

Основные направления профилактики алкоголизма у подростков

Направления	Задачи и пути реализации
1. Психологическое	Коррекция неправильного воспитания и ранних аномалий развития личности, индивидуальная психолого-педагогическая работа с «трудными» подростками, угрожаемыми в отношении отклоняющегося поведения.
2. Педагогическое	Последовательное антиалкогольное воспитание с 1 по 10 классы. Формирование трезвеннических установок и здорового образа жизни у подрастающего поколения.
3. Санитарно-гигиеническое	Повышение санитарной грамотности и культуры населения. Антиалкогольная пропаганда среди широких слоев населения. Искоренение вредных для здоровья привычек.
4. Медико-социальное	Комплексная работа с «группой риска» — лицами, злоупотребляющими алкоголем. Санирование биологической почвы. Оздоровление микросоциальной среды. Работа по индивидуальным планам медико-педагогических мероприятий.
5. Наркологическое	Развитие и совершенствование наркологической службы. Система мер по снижению распространенности алкоголизма. Широкая антиалкогольная работа всей общемедицинской сети.
6. Административно-правовое	Правовое регулирование продажи и потребления спиртных напитков. Система ограничений и запретов, направленных на снижение распространенности пьянства и его последствий.
7. Экономическое	Система государственных мероприятий по снижению экономической зависимости бюджета от продажи алкоголя, что позволит развернуть более действенные меры против пьянства.

шейся трезвой мотивационно-установочной концепции; 4) возникновение и развитие новых форм трезвого общения и быта людей, т. е. нового трезвого образа жизни, в котором вполне определенно намечаются черты новой личности, более совершенной и гармоничной.

Опыт лечебно-профилактической работы с подростками, злоупотребляющими спиртными напитками (группа риска) и больными алкоголизмом, позволяет выделить ряд достаточно специфичных трудностей организации наркологической помощи подростковому контингенту.

1). Психологические особенности подростково-юношеского возраста, проявляющиеся, в частности, в полной анозогнозии, непрочных социальных связях, утрате видения перспективы жизни, выраженности реакции эмансипации и протеста. 2). Отсутствие преемственности между амбулаторным и стационарным звеном подростковой наркологической службы: есть подростковые наркологические кабинеты, но практически еще не созданы подростковые наркологические отделения. 3). Подростковый алкоголизм — выраженный признак порочной среды, а коррекция микросоциальной среды чрезвычайно трудная задача. 4). Многоведомственность усилий и трудности их координации: в лечебно-профилактической помощи «трудным» и злоупотребляющим алкоголем подросткам заинтересована школа, ПТУ, милиция и здравоохранение. Но, направленность работ всех заинтересованных государственных и общественных институтов требует единого методического руководства. Необходимы совместные решения и постановления по антиалкогольной пропаганде, профилактике правонарушений, лечению и реабилитации наркологического контингента подростков. 5). Частота преморбидной патологической отягощенности у «трудных» подростков требует строго дифференцированного подхода к санированию «почвы» раннего алкоголизма. 6) Трудности коррекции нравственно-этического статуса и педагогической запущенности контингента, затрудняющие контакт и выработку социально значимых установок.

Исходя из перечисленных трудностей лечебно-профилактической работы и особенностей контингента, можно выделить ряд принципов организации подростковой наркологической службы. 1). Микрорайонно-групповой характер антиалкогольной работы в целом и лечения, в частности, требующий разобщения и рассредоточения всей алкогольной группы. 2). Оздоровление микросоциальной среды и лечение алкоголизма у родителей. 3). Коррекция и санирование биологической поч-

вы (астеноневротические состояния, патохарактерологические развития личности, органическая церебральная недостаточность и т. п.). 4). Комплексность и единство в медико-социальных мероприятиях и усилиях по интеллектуально-нравственному развитию личности наркологического контингента подростков. 5). Сочетание корректирующего и компенсирующего направления в антиалкогольной работе с подростками. Корректирующее направление антиалкогольной деятельности предполагает прямое фронтальное воздействие на алкогольное поведение несовершеннолетних. Компенсирующее направление имеет то преимущество, что влияет косвенно и в большей степени непринужденно. Оно связано с созданием противодействующих обычаям алкогольной группы сил, с формированием у подростков негативных алкогольных установок, таких мировоззренческих, нравственных и эстетических ориентаций, которые противодействуют возникновению социально опасных отклонений сознания, деятельности и поведения. 6). Непрерывность и последовательность реабилитационных усилий на протяжении всего пубертатного периода. От момента выявления алкоголизма до совершеннолетия подростки должны пройти примерно следующую цепь: а) подростковый наркологический кабинет; б) подростковое наркологическое отделение (или специализированные палаты); в) отделение ранних форм алкоголизма при промышленном предприятии; г) ПТУ или спец. ПТУ; д) армия. Групповой характер потребления и психическая взаимозависимость, практическая невозможность амбулаторной терапии требуют жесткой последовательности лечебно-реабилитационных мероприятий. Необходимо привнесение игровых методов и, в частности, спорта в систему реабилитационной работы.

Таким образом, подростковая наркологическая служба, переживающая ныне достаточно бурный период становления, нуждается в законодательном освещении своей структуры, прав и обязанностей.

ВЫВОДЫ

1. Алкоголизация подростков является одним из неспецифических признаков, обнаруживающих психологически дисгармоничную и нравственно дефицитарную личность, часто вырастающую в условиях нарушенной социальной микросреды и имеющую различную отягощенность биологической «почвы». Наиболее общей и ранней характеристикой группы риска — угрожаемых по развитию алкоголизации подростков, является школьная дезадаптация.

2. В развитии раннего алкоголизма можно выделить три основных этапа: I этап проявляется деформацией личности под влиянием нарушенной социальной микросреды в направлении готовности к любым асоциальным формам поведения и, в частности, к ранней алкоголизации; II этап состоит в формировании алкогольного стиля жизни с началом группового употребления спиртных напитков, появлении различных индуцированных форм алкоголизации (групповой психической зависимости, индуцированного опохмеления и др.) во многом за счет подростковых реакций имитации и группирования; III этап начинается в патокинезе периодом интенсивного симптомообразования и возникновением индивидуальной психической зависимости.

3. Количественный анализ динамики симптомообразования позволил установить средние сроки (в месяцах от первого опьянения) формирования основных синдромов алкоголизма: синдрома измененной реактивности (22—24 мес.), синдрома психической зависимости (24—26 мес.) и синдрома физической зависимости (36—38 мес.).

4. Клинико-статистический анализ динамики симптомообразования раннего алкоголизма обнаружил два варианта дебюта заболевания: а) «приступообразно-прогредиентный», имеющий два критических периода интенсивного симптомообразования, приходящихся на 22—26 месяцы алкогольного стажа (формирование признаков измененной реактивности и психической зависимости) и 30—40 месяцы (формирование признаков физической зависимости; б) «непрерывно-прогредиентный» вариант, в патокинезе которого отсутствовали периоды интенсивного симптомообразования (например, ранний алкоголизм у подростков-олигофренов).

5. Время от начала алкоголизации до возникновения интенсивного симптомообразования (до критического периода) характеризует продолжительность защитно-компенсаторного синдрома, содержанием которого является симптомокомплекс реакций различного уровня, обеспечивающих приспособление, адаптацию организма ко все возрастающим дозам спиртного и учащающейся алкоголизации. С исчерпанием компенсаторных возможностей возникает «срыв реактивности», о чем свидетельствует бурный взрыв симптомообразования в среднем к 22—25 месяцу алкогольного стажа.

6. Особенности клинических проявлений алкоголизма в подростково-юношеском возрасте порождаются специфичным возрастным социально-психологическим и морфо-функциональным профилем контингента, но общие закономерности патокинеза заболевания едины для всех возрастных групп.

7. Учитывая частоту нарушений социальной микросреды и биологической «почвы» при раннем алкоголизме, что в клинике заболевания проявляется дисгармоничностью симптомообразования и своеобразием характера опьянения, быстрым подавлением защитных биологических механизмов и количественного контроля, лабильностью и скачкообразностью изменения уровня толерантности, представляется обоснованным выделять при алкоголизме у подростков с преморбидной нервно-психической отягощенностью синдром не измененной, а атипично-измененной реактивности.

8. Особенностями развития алкоголизации и алкоголизма у подростков, коренных жителей Севера (ненцев), являлось раннее начало злоупотребления спиртными напитками, семейный и псевдозапойный характер пьянства, изначальное отсутствие количественного и ситуационного контроля, частота противоправного поведения в интоксикации и тяжелых форм опьянения с оглушенностью, сокращение сроков формирования абстинентного синдрома и углубление психопатизации личности. Течение алкоголизма у ненцев отличалось существенной злокачественностью и прогредиентностью, часто не удавалось проследить стадийность развития наркоманического синдрома.

9. Учитывая трудности клинической диагностики раннего алкоголизма, представляется обоснованным использование ряда дополнительных лабораторных тестов выявления вероятного злоупотребления спиртными напитками, таких, в частности, как: а) ускорение секреторно-экскреторной функции почек (у 59,4% больных) и поглотительно-выделительной функции печени (у 55,9% больных); б) макроцитоз, увеличивающийся от начальных стадий алкоголизма (у 61,6% больных) к алкогольным психозам (при делирии у 90,8% больных); в) специфический рост первичной культуры печени в сыворотке крови больных алкоголизмом (у 91,7%). Использование лабораторных методов дополняло и расширяло, но не подменяло возможностей основного клинико-психопатологического метода диагностики раннего алкоголизма.

10. Выделены следующие типы течения ранней алкоголизации: а) по направлению: прогредиентный — 46,9%, стационарный — 28,1%, регредиентный — 25,0%; б) по темпу прогредиентный тип течения включал следующие варианты: малопрогредиентный — 36,0%, умереннопрогредиентный — 27,9% и высокопрогредиентный — 36,1%. Систематизация типов течения алкоголизации (пьянства) у подростков основана на оценке частоты и глубины интоксикации, характера поведения в опьянении и частоты противоправных действий, степени социальной дезадаптации и сроков появления начальных клинических признаков алкоголизма. В течение раннего алкоголизма выделены следующие типы: высокопрогредиентный — 17,7%, умереннопрогредиентный — 38,4% и малопрогредиентный — 43,9%. В целом тип течения раннего алкоголизма являлся не постоянной, а этапной характеристикой заболевания, которая у большинства подростков изменялась за время длительного катамнестического наблюдения.

11. Исходя из концепции функционального диагноза и организации индивидуального медико-социального подхода к лечению подростков, представляется обоснованным объединить в понятии ранние формы алкоголизма три ведущих характеристики заболевания: 1) стадию, 2) тип течения, 3) особенности преморбидной «почвы».

12. Выделены уровни и структура алкогольного образа жизни, описаны его популяционно-генетические, социально-гигиенические и социально-психологические характеристики. Это позволило обосновать основные этапы формирования трезвого образа жизни молодежи, выделить ведущие направления ранней профилактики алкоголизма и организационные принципы антиалкогольного воспитания подрастающего поколения.

13. Анализ организационно-методических аспектов деятельности подростковой наркологической службы, представленной тремя достаточно традиционными звеньями: 1) подростковым наркологическим кабинетом, 2) подростковым наркологическим отделением (или подростковыми палатами в наркологическом стационаре), 3) отделением ранних форм алкоголизма при промышленном предприятии, показывает необходимость повышения ее гибкости и медико-социальной направленности. Эффективность ранней профилактики алкоголизма может быть повышена с созданием специализированных интернатов и ПТУ для обеспечения достаточного образования и профессиональной подготовки подростков группы риска, создания условий для комплексной медико-педагогической психокоррекционной работы и санирования «почвы». В ситуации законодательного запрещения продажи спиртных напит-

ков лицам в возрасте до 21 года подростковая наркология должна стать профилактической наркологией, ориентированной прежде всего на работу с группой риска, с подростками, угрожаемыми по развитию заболевания.

СПИСОК
публикаций по теме диссертации

1. Влияние семьи на отношение детей к потреблению спиртных напитков. — Здравоохранение Российской Федерации, 1976, № 7, с. 10—12 (совместно с Ю. Р. Теддером).

2. О реабилитации «угрожаемого» в отношении алкоголизма подростково-юношеского контингента. — В кн.: Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом. Материалы IV Всероссийской конференции по социальной реабилитации больных алкоголизмом. М., 1979, с. 60—63 (совместно с И. Д. Муратовой).

3. Клинико-социальный подход к этиопатогенезу алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — В кн.: Актуальные вопросы социальной психиатрии. Труды ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. М., 1979, с. 105—113 (совместно с И. Д. Муратовой, Н. Я. Копытом).*

4 Об организации и эффективности антиалкогольного воспитания в школе. — Здравоохранение Российской Федерации, 1979, № 9, с. 26—29 (совместно с Н. Я. Копытом, Е. С. Скворцовой).

5. Медико-социальные аспекты профилактики психического здоровья трудных подростков. Тезисы докладов Республиканской конференции «Эпидемиология нервных и психических болезней». М., 1979, с. 183—184 (совместно с И. Д. Муратовой, Т. Г. Череновой).

6. Новая медико-социальная форма профилактики алкоголизации несовершеннолетних. — В кн.: Алкоголизм и неалкогольные токсикомании у несовершеннолетних. Труды 2 МОЛГМИ, М., 1979, серия психиатрия, вып. 4, с. 57—60 (совместно с И. Д. Муратовой, Л. М. Котловой).**

7. Особенности клиники и диагностики алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — В кн.: Алкоголизм и неалкогольные токсикомании у несовершеннлених. Труды 2 МОЛГМИ, М., 1979, серия психиатрия, вып. 4, с. 84—86.

8. Формирование начальных клинических признаков алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — Тезисы докладов IV Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1980, т. 2, с. 203—206 (совместно с И. Д. Муратовой).

9. ЭВМ — сцинтиграфия с йод-131-гиппураном у больных хроническим алкоголизмом. — Тезисы дкладов IV Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1980, т. 2, с. 267—269 (совместно с А. В. Смирновым).

---

* Труды ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского включены в перечень изданий, где могут публиковаться основные научные результаты докторских диссертаций (Бюлл. ВАК при Совмине СССР, 1979, № 1, список 10, пункт 29).

** Труды 2-го Московского медицинского института включены в перечень изданий, где могут публиковаться основные научные результаты докторских диссертаций (Бюлл. ВАК при Совмине СССР, 1978, № 4, список 7, пункт 41).

10. Клинико-социальные аспекты формирования начальных проявлений алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — В кн.: Комплесные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования. Труды 2 МОЛГМИ. М., 1980, вып. 6, с. 134—138.

11. Причины и особенности алкоголизации в подростково-юношеском возрасте. Научный обзор. — ВНИИМИ МЗ СССР. М., 1980, 60 с., (совместно с Н. Я. Копытом, И. Д. Муратовой, Е. С. Скворцовой).

12. Оценка эффективности противоалкогольного лечения подростков. — В кн.: Комплексные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования. Труды 2 МОЛГМИ. М., 1981, вып. 7, с. 172—176 (совместно с И. Д. Муратовой, Г. Б. Ревякиным).

13. Этническая специфичность алкогольной заболеваемости у ненцев. — В кн.: Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Труды 2 МОЛГМИ, 1981, вып. 5, с. 43—45 (совместно с И. Д. Муратовой, Н. Г. Корытовой, В. М. Колыгиным).

14. Некоторые особенности течения алкогольных психозов на Севере. — В кн.: Материалы IX Всесоюзного симпозиума АН СССР «Экологические и клинические вопросы жизнедеятельности человека в условиях Севера», Новосибирск, 1981, с. 162—163.

15. Опыт и перспективы промышленной наркологии в лечении ранних форм алкоголизма. — Тезисы докладов Всесоюзной конференции «Профилактика пьянства и алкоголизма в промышленном городе», Дзержинск, 1981, с. 15

16. Принципы организации борьбы с ранними формами алкоголизма. — Тезисы докладов Всесоюзной конференции АН СССР «Совершенствование социалистического образа жизни и борьба с отклоняющимся поведением». М. 1982, с. 49—51.

17. К вопросу о психологической концепции алкоголизма. — Там же, с. 55—56.

18. Некоторые особенности развития ранних форм алкоголизма на Севере. — Тезисы докладов Всесоюзной конференции «Проблемы здоровья человека в западно-сибирском территориально-промышленном комплексе», Новосибирск, 1983, т. I, с. 106—108 (совместно с В. М. Колыгиным, А. Г. Солоевым).

19. Некоторые особенности бензиновой токсикомании у подростков с резидуально-органической церебральной недостаточностью. — Тезисы докладов Всероссийской конференции детских невропатологов и психиатров. М., 1983, с. 151—153 (совместно с Н. Е. Лушевым).

20. Опыт разработки и внедрения программы профилактики раннего алкоголизма. — Здравоохранение Российской Федерации, 1983, № 8, с. 22—23 (совместно с В. В. Аристовой, И. Д. Муратовой).

21. Лечебная физкультура — вариант поведенческой терапии страдающих ранними формами алкоголизма. — Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 1983, № 5, с. 40—42 (совместно с Ф. Г. Лапицким, Н. С. Ишековым).

22. Причины алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. — В кн.: Проблемы причинности в криминологии и уголовном праве. Изд-во Дальневосточного университета, Владивосток, 1983, с. 94—99.

23. Влияние сыворотки крови больных алкоголизмом на репродуктивную активность фибробластов эмбрионов человека. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1984, № 2, с. 240—243 (совместно с В. П. Пащенко, Н. С. Ишековым).

24. Особенности поражения головного мозга при экспериментальном

алкоголизме у молодых животных. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1984, № 7, с. 1034—1038 (совместно с И. Н. Борисовым, А. Г. Носовым).

25. Социально-психологический анализ развития потребности в алкоголе. — В кн.: Вопросы первичной и вторичной профилактики хронического алкоголизма. Изд-во Красноярского университета, 1984, с. 49—58.

26. Особенности поражения печени при экспериментальном алкоголизме у молодых животных. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1985, № 2, с. 255—258 (совместно с И. Н. Борисовым, Н. Л. Чуркиным).

27. Десятилетний катамнез ранних форм алкоголизма. — Тезисы докладов V Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1985, т. 2, с. 123—125 (совместно с А. В. Митюхляевым).

28. К этнопсихиатрии финно-угров и северных русских в XIX — начале XX вв.— Тезисы докладов VI Международного конгресса финно-угроведов, т. 3, Сыктывкар, 1985, с. 74 (совместно с А. Н. Давыдовым).

29. Радиоизотопная ренография в оценке функционального состояния почек при алкоголизме. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1986, № 2, с. 236—238 (совместно с И. Д. Муратовой, Н. С. Ишековым, А. В. Смирновым).

30. Основные направления противоалкогольной работы с молодежью. — Советское здравоохранение, 1986, № 4, с. 22—26 (совместно с С. В. Турцевичем).

31. Профилактика алкоголизма. — М.: Медицина, 1986. — 240 с. (совместно с Н. Я. Копытом).